

недель. В более тяжелых случаях наблюдается развитие псевдомембранозного колита.

3. Выбор антибактериального препарата для терапии энтероколита, вызванного *C.difficile*, определяется клинической формой заболевания, определяющей его тяжесть течения. При первом эпизоде среднетяжелой энтероколитической формы заболевания предпочтительным является метронидазол. Показаниями к назначению ванкомицина являются случаи *C.difficile*-ассоциированной диареи при отсутствии эффекта от адекватных доз метронидазола и тяжелая форма инфекции с развитием ПМК.

Литература:

1. Богун, Л. В. Антибиотикоассоциированная диарея / Л. В. Богун // Клиническая антибиотикотерапия. – 2006. – № 3. – С. 40-43.
2. Корнеева, О. Н. Антибиотикоассоциированный колит: патоморфология, клиника, лечение / О. Н. Корнеева, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2007. – № 17(3). – С. 65–70.
3. Clostridium difficile-ассоциированная болезнь / В. Т. Ивашкин [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2015. – № 25(6). – С. 5–17.
4. Ивашкин, В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению Clostridium difficile-ассоциированной болезни / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Ющук, И. В. Маев, // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. – 2015. – № 25(6). – С. 56–65.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ПЕРИОРАЛЬНОМУ ДЕРМАТИТУ

Мяделец М.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Периоральный дерматит (ПД) – это распространенный хронический дерматоз лица с недостаточно ясным этиопатогенезом, поражающий преимущественно женщин молодого и среднего возраста. Одни авторы рассматривают ПД как особый воспалительный дерматоз и поражение иммунной системы, другие считают, что эта патология может представлять собой разновидность розацеа, демодекоза, себорейного дерматита, третьи расценивают его как воспалительный процесс в коже, обусловленный условно патогенной микрофлорой [1, 2, 3]. Однако большинство дерматологов склонны считать, что ПД является самостоятельной нозологической единицей, имеющей отчетливую клиническую и патоморфологическую картину. Установлено, что группой риска при этом заболевании являются женщины репродуктивного возраста, поскольку

они значительно чаще имеют клинические признаки периорального дерматита, чем мужчины или женщины других возрастных групп. В связи с этим проблема ПД расценивается не только как сугубо медицинская, но и важная социальная проблема [1].

Одним из условий, способствующих развитию ПД, является взаимодействие внешних (например, косметика) и внутренних (атопическая конституция) факторов [2, 3], однако этот вопрос изучен недостаточно. Обсуждается этиологическая роль хеликобактерной инфекции желудка, а также очагов хронической инфекции другой локализации. Вообще, для данного дерматоза характерным является то, что он часто возникает на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, гепатобиллиарной системы, гормональных дисфункциональных состояний. Эти заболевания могут не только провоцировать ПД, но и поддерживать его [1, 3].

Цель исследования: выявить заболевания, наиболее часто сопутствующие периоральному дерматиту, а также оценить их влияние на течение дерматоза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 229 больных периоральным дерматитом: 212 женщин, 17 мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 12:1). Возрастная характеристика представлена в таблице 1.

Таблица 1. Возрастная характеристика пациентов.

| Возраст | Количество больных (%) |
|-----------|------------------------|
| до 20 лет | 11 (4,8%) |
| 20-29 лет | 92 (40,1%) |
| 30-39 лет | 54 (23,6%) |
| 40-49 лет | 48 (21%) |
| 50-59 лет | 16 (6,9%) |
| 60-69 лет | 8 (3,5%) |

На каждого больного была заведена карта обследования, в которой содержались сведения о возрасте больного, продолжительности заболевания, предшествующей терапии, сопутствующих заболеваниях, провоцирующих факторах, субъективных жалобах, элементах высыпаний. Балльная оценка тяжести периорального дерматита рассчитывалась по 7 признакам: папулы, пустулы, эритема, сухость, жжение, покалывание и отёчность, которые оценивались до и после лечения [2].

Результаты и обсуждение. Продолжительность заболевания составила: до 1 месяца – 5,7%; 1-6 месяцев – 37,1%; 7-12 месяцев – 6,5%; 1-2 года – 19,7%; 2-5 лет – 14,4%; свыше 5 лет – 16,6% пациентов с периоральным дерматитом.

Наиболее часто периоральному дерматиту подвергались люди с фототипом кожи II (56,3%) и III (36,2%). Фототип кожи I выявлен у 3,9%, фототип IV – у 3,5%.

Высыпания у всех наблюдаемых пациентов представляли собой полусферические, гиперемизированные нефолликулярные мелкие папулы диаметром 1-3 мм, от бледно-розового до ярко-красного цвета, которые располагались на эритематозной коже. У некоторых больных обнаруживались папулопустулы, папуловезикулы и папулосквамозные высыпания. Элементы располагались поверхностно, беспорядочно и чаще изолированно. Телеангиэктазии отсутствовали.

В зависимости от локализации высыпаний были выделены следующие клинические варианты периорального дерматита: периоральный – у 62,9% пациентов с локализацией высыпаний в области подбородка, щёк и носогубной складки; периназальный – у 1,3% с высыпаниями, располагающимися в области носа; периокулярный – у 0,9% с локализацией сыпи в области верхних и нижних век, области лба, переносицы и между бровями; периоральный и периназальный – у 8,7% с высыпаниями в области подбородка, щёк, носогубной складки, носа и носощёчных складок, периоральный и периокулярный – у 15,7% с расположением высыпаний в области подбородка, щёк, носогубной складки, верхних и нижних век, лба и переносицы; периназальный и периокулярный – у 1,3% с поражением кожи носа, носощёчных складок, области верхних и нижних век, лба, смешанный, с поражением всех указанных областей, встречался у 9,6%. Наличие типичного для периорального дерматита признака – светлого ободка непораженной кожи вокруг красной каймы губ, отмечалось у 210 пациентов (91,7%).

56,7% наблюдаемых пациентов отмечали слабый или выраженный зуд, 48,9% – жжение, 63,7% – стягивание и 7,4% – болезненность.

Среди обследованных пациентов наиболее часто встречались следующие сопутствующие состояния. Заболевания кожи – у 88 пациентов (38,4%). Наиболее часто пациентов беспокоили себорейный дерматит – 28 (12,2%), акне менструальные – 13 (5,7%), *malassezia* фолликулит – 7 (3,1%), атопический дерматит – 6 (2,6%), псориаз – 6 (2,6%).

Болезни желудочно-кишечного тракта встречались у 68 пациентов (29,7%). Наиболее часто периоральному дерматиту у этих пациентов сопутствовали такие диагнозы, как гастрит – 42 (18,3%), холецистит – 7 (3,1%), дуоденит – 5 (2,2%) и колит – 5 (2,2%).

Гинекологические заболевания отмечались у 21 пациента (9,2%). Самые распространённые патологии: миома матки – 8 (3,5%), поликистоз яичников – 6 (2,6%) и аднексит – 6 (2,6%).

Заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдали 13 пациентов (5,7%). Артериальная гипертензия была отмечена у 11 пациентов (4,8%).

Заболевания аллергического характера встречались у 11 пациентов (4,8%). Чаще всего пациентов беспокоили аллергические реакции на холод – 4 (1,7%), а также токсидермия – 2 (0,9%).

Эндокринные заболевания были отмечены также у 11 пациентов (4,8%). Встречались такие заболевания, как гиперфункция щитовидной железы – 4 (1,7%) и узловой зоб – 4 (1,7%).

Патология мочевыделительной системы выявлена у 9 пациентов (3,9%). Чаще всего пациентов беспокоил пиелонефрит – 6 (2,6%).

Заболевания дыхательной системы отмечены у 7 пациентов (3,1%). Самые частые патологии – бронхиальная астма – 3 (1,3%) и хронический бронхит – 4 (1,7%).

Также у пациентов встречались онкологические заболевания (0,4%) и иммунные заболевания – у 0,4%. У 68 пациентов (29,7%) сопутствующих патологий не выявлено.

Следует отметить, что обострение сопутствующих заболеваний провоцировало и/или поддерживало периоральный дерматит у 116 пациентов (50,7%). 45 пациентов (19,7%) зависимости течения периорального дерматита от сопутствующей патологии не отмечали.

Выводы. Наиболее часто пациентов с периоральным дерматитом беспокоили: заболевания кожи (38,4%), желудочно-кишечного тракта (29,7%) и гинекологические (9,2). Реже сопутствовали заболевания сердечно-сосудистой системы (5,7%), эндокринные (4,8%) и мочевыделительной системы (3,9%).

Литература:

1. Адаскевич, В. П. Периоральный дерматит: клиническая картина, диагностика, лечение / В. П. Адаскевич // Consilium medicum. – 2008. – № 1. – С. 17–20.

2. Громов, М. С. Диагностические критерии, эпидемиология и обоснование клинко-патогенетических типов течения периорального дерматита / М. С. Громов, В. А. Грашкин // Воен.-мед. журн. – 2010. – № 10. – С. 32–45.

3. Periorale Dermatitis / P. Lehmann [et al.] // Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. – Bd. 19. – Berlin : Springer, 2005. – P. 515–17.

ПОЗДНИЕ ФОРМЫ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Небосько Ю.Ф., Спиридонов В.Е.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии
и косметологии»

Актуальность. Сифилис занимает важнейшее место в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и является социально значимым заболеванием. Официальные статистические данные последнего десятилетия свидетельствуют о том, что на фоне продолжающегося